-C
5

REVISTA MEDICA ESTUDIANTIL

Año 2 Setiembre y Octubre de 1948 Nos. 5 y 6

Director:
G. Raúl Flórez González

COMITE DE REDACCION
Hugo H. Flórez M. - José Gálvez B.
José Ferrand C. - Juan Lezameta B.

SUMARIO

Un espíritu nos orienta . . . . . .
El Mensaje de Carrión.—Por José Ferrand 130
Tratamiento de la cardiopatía reumánica.—Por el Dr. César Gordillo Zuleta 131
La Medicina Preventiva y el Binomio Madre-Niño.—Por el Dr. Víctor Morales Delgado 138

(Pasa a la Pág. 163).

un producto suizo

Kl.

Para la

calcioterapia vitaminica

de gusto muy agradable para niños y adultos.

Cal-De-A

Granulado

WANDER

DR A. WANDER S. A. BERNA · SUIZA

EN LATAS DE 100 Y 275 gr. Neto

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA MEDICA ESTUDIANTIL

BARRANCO.—AVENIDA. MARIATEGUI 268

LIMA—PERU

Año II || Lima, Setiembre--Octubre 1948 || Nº 5 y 6

UN ESPIRITU NOS ORIENTA

En este histórico mes de Octubre, en que tributamos nuestro justo homenaje de admiración y respeto a la memoria de Daniel Alcides Carrión, del mártir de la ciencia, del esforzado estudiante que no vaciló un momento en sacrificar su vida al servicio de la humanidad doliente; nuestra marcha ascencional queda abruptamente detenida por el excecrable atentado de que han sido víctimas algunos de nuestros maestros; directores de tantas generaciones, sembradores de tantas enseñanzas, siempre redundantes en última instancia en beneficio del que yace en el lecho del dolor.

¡Ha sido violada la dignidad de maestro!
¡Ha sido profanada su respetable investidura!

Situación lamentable y actitud condenable, tanto en su origen, como por sus consecuencias.

Frente a este estado de cosas y de ideas, maestros y estudiantes, debemos tener en cuenta, ante todo y sobre todo, que la finalidad que persigue la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos, como entidad institucional, es de trascendental importancia para nuestro país. Es por esta razón que debemos pensar y meditar serenamente en lo que vamos a decir y en lo que vamos a hacer. Con exaltaciones pueriles y actitudes románticas —fruto de inexperiencias—, ni con decisiones caprichosas que pasan o no llegan a los linderos de la lógica, no podremos resolver el problema que se nos ha planteado; problema que, por su misma naturaleza, interesa tanto a maestros y estudiantes, por el futuro de nuestra querida Facultad.

De los maestros y alumnos, vale decir, de los padres e hijos espirituales de esta gran familia fernandina, exige el espíritu de Daniel Alcides Carrión, que fué sereno hasta lo eterno, cualidad que solo caracteriza a las grandes almas; exige, como repito, en estos instantes álgidos, de todos y cada uno de nosotros, serenidad, cordura, sacrificio, sinceridad, respeto mu-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tuo, para realizar el milagro del bien, por la humanidad y para la humanidad, olvidando rencillas y deponiendo actitudes inadecuadas, que nada tienen que ver con nuestra gran jornada de superación intelectual, siempre en beneficio del hermano que sufre.

¡Cada uno a su puesto!, es la alerta de Carrión.

¡Trabajo, honradez y cooperación! He ahí el mandato.

"...ahora les toca a ustedes, terminar la obra ya comenzada, siguiendo el camino que les he trazado"...

Frente a esta tremenda admonición del moribundo estudiante de medicina, que es un mensaje de todo timpo y de cada hora, y ante la situación creada en nuestra Facultad de Medicina, **"Revista Médica Estudiantil"**, no podía permanecer indiferente, sin manifestar lo que piensa y lo que siente.

EL DIRECTOR

EL MENSAJE DE CARRION

¡Aún Yo no he muerto! ¡Aún hijo mío!
A ustedes les toca seguir por la ruta, que Yo he trazado, que Yo (he seguido.
Mi voz y mi nombre, mi esfuerzo y ejemplo, mi augusto mensaje,
no sólo perduran, sino se acrecientan, venciendo al olvido.

¡Aún Yo no he muerto! ¡Aún estoy vivo!
¡y clama mi Obra, y grita mi espíritu!
¡Mirad al bacilo que agota a mi raza y agobia a mi pueblo!
¡Mirad hacia el Ande!, mirad al pobre indio,
lo veis doblegado, lo veis abatido;
¡por él he ofrecido mi Gran Sacrificio!

¡Está en vuestras manos su paz y destino!
A ustedes les toca seguir estudiando la impávida endemia,
seguir indagando los hondos secretos que esconde el bacilo,
seguir combatiendo: la fiebre de Oroya, la trágica anemia.
A ustedes les toca seguir laborando, porque Yo me he ido:
henchido de gloria, donando el ejempo, mostrando el camino.

José Ferrand Cillóniz.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BREVES NOTAS TERAPEUTICAS

Por el Prof. CESAR GORDILLO ZULETA

TRATAMIENTO DE LA CARDIOPATIA REUMATICA

La difusión de la fiebre reumática se halla condicionada por muchos factores, entre los cuales mencionaremos los climáticos y la situación geográfica de la localidad, además de la posible existencia de una predisposición hereditaria para la enfermedad. Por lo general, podemos afirmar que en los climas templados, y en especial durante el invierno, se presentan el mayor número de casos de fiebre reumática. Según los datos estadísticos obtenidos de los principales hospitales de Europa y los Estados Unidos de Norteamérica, los cómputos de admisiones hospitalarias para la fiebre reumática activa oscila entre el 1 y el 3 por 100 del total de ingresados, y si se incluyen las formas agudas y las subagudas la proporción de admisiones pueden oscilar entre el 3 y el 7 por 100. Estos datos consignados por le Dr. John R. Paúl señalan la gravedad del problema de la difusión de la fiebre reumática, cuya importancia no es menor que la de la tuberculosis y de la sífilis.

Por otra parte, la gravedad del problema es mayor si tenemos en consideración que las cifras más elevadas de la infección reumática se encuentra entre los niños en edad escolar, es decir, entre los 7 y los 14 años.

Por lo tanto, creemos de suma importancia la revisión del tratamiento de esta enfermedad infecciosa, frecuente y grave, que compromete con especial predilección las articulaciones y el corazón. Es indudable que la conducta terapéutica se debe subordinar al cuadro clínico y la evolución de la fiebre reumática, en particular a las variadas manifestaciones o localizaciones de la enfermedad. En esta breve nota terapéutica sólo nos vamos a ocupar del tratamiento de la cardiopatía reumática en las llamadas fase activa o carditis reumática y la fase inactiva que sigue a la convalecencia de la infección reumática.

Como la cardiopatía reumática activa o carditis es sólo una manifestación de la fiebre reumática, por cuanto suelen coexistir los otros síntomas o manifestaciones de la enfermedad, además de la fiebre y del compromios del estado general, el tratamiento que se debe establecer es el del proceso infeccioso. En general, la conducta terapéutica es similar en todos los casos, cualquiera que sea el cuadro clínico, aunque no existan los signos de la localización cardíaca de la enfermedad, más aun si la fiebre reumática se presenta en los niños en quienes los trastornos del corazón pueden desarrollarse de manera insidiosa.

Así mismo, en la fase inactiva de la cardiopatía reumática el tratamiento debe ser el que se recomienda en la convalecencia de la fiebre reumática, siempre que no se confunda la aparente tranquilidad que en muchos casos se presenta entre los diversos brotes de la enfermedad, en que sólo las pruebas de laboratorio indican la actividad de la infección.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NUEVO!

TRISALCAL

"SANITAS"

Preparado a base de las sales constitucionales del hueso de vacuno adulto extraídas por procedimento especial.

Estas sales contiene:

87 % de CALCIO y FOSFORO en forma de fosfato tricálcico.
0.05 % de FLUOR.

La literatura mundial contiene abundantes trabajos que demuestran la enorme importancia de compuestos de este tipo para la profilaxia de las caries dentaria en los niños y adultos.

Indicaciones:

Está indicado en todos los casos en que se requiere una remineralización del organismo:

RAQUITISMO
CRECIMIENTO
EMBARAZO y LACTANCIA
CARIES DENTARIA, como preventivo y para detener el desarrollo de las caries ya existentes.

Envase original: Frasco de 50 comprimidos

INSTITUTO SANITAS SOCIEDAD PERUANA

—: AVENIDA PERU 1140 :—

LIMA

PERU

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En estos casos conviene recordar que la enfermedad es infecciosa, crónica y recidivante por naturaleza, con fases agudas y períodos de ausencia de la mayoría de las manifestaciones o ausencia completa de ellas, antes de afirmar que la infección reumática no está en actividad. Sobre todo debemos observar cuidadosamente a todos los enfermos durante 4 a 6 meses y controlarlos con las pruebas de laboratorio para determinar la presencia o la desaparición de la actividad del proceso infeccioso. A la desaparición de los síntomas clínicos de fiebre reumática debe seguir la normalización de la velocidad de sedimentación y del número de leucocitos, a menos que su causa esté relacionada con alguna otra infección.

A estas consideraciones generales sobre la conducta terapéutica que se debe seguir en todos los casos de fiebre reumática, con o sin participación cardíaca comprobada clínicamente, debemos agregar la posibilidad de que el enfermo presente síntomas de insuficiencia cardíaca. En tales casos debe atenderse al mismo tiempo la insuficiencia, salvo que la carditis sea tan grave que la digitalización resulte ineficaz.

Tratamiento durante la fase activa.—Diagnosticada la fiebre reumática, con o sin participación inmediata o evidente del corazón, todos los esfuerzos deben ser dirigidos a dominar la infección. Aunque no existen los medicamentos específicos para combatir la infección reumática, no podemos dejar de utilizar los que en la actualidad se emplean, en particular los salicilatos, el ácido acetilsalicílico, el piramidón u otros derivados pirazolónicos, que tienen una acción antitérmica, antiflogística y analgésica especialmente en las formas agudas del reumatismo, sea en su período inicial o en las subsiguientes fases de exacerbaciones periódicas. Estos medicamentos asociados al reposo en cama y las indicaciones dietéticas constituyen las medidas terapéuticas del tratamiento durante la fase activa de la enfermedad.

1º—**Reposo.**—El reposo en cama es la indicación más importante Este debe prolongarse cuatro a seis semanas después de pasado el período agudo, y si es posible el enfermo no debe levantarse antes de confirmar que ha desaparecido la fase activa, aún cuando no exista la fiebre ni las otras manifestaciones reumáticas activas, es decir, cuando el tiempo de conducción aurículo-ventricular y la velocidad de sedimentación globular se normalicen. Sólo cuando hayamos confirmado que la mejoría es evidente y que el buen estado general coincide con la desaparición de los signos de actividad, permitiremos que el paciente se levante de la cama y pueda sentarse o andar por la habitación, y aún salir de ella con tal que no suba escaleras. En cada caso fijaremos las horas de reposo y, en general la reintegración del paciente a la vida normal deberá hacerse paulatinamente en un tiempo no menor de 4 a 6 meses.

En la carditis aguda el enfermo se siente tan mal, que la permanencia en cama no es ningún problema; en cambio, esto resulta a menudo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

muy difícil en un tiempo más avanzado de la cardiopatía reumática, por lo que necesitamos persuadir al enfermo y los familiares de la importancia del reposo, además de permitirle que cambie frecuentemente de postura e incluso sentarse en la cama.

2º—**Dieta.**—Durante la carditis aguda el enfermo suele sentirse tan mal que por lo general no apetece ningún alimento. La alimentación debe ser adecuada y completa, de valor calórico más bien elevado, excepto en los casos que la carditis se complique con una insuficiencia del corazón Todos los autores están de acuerdo en que la dieta durante las primeras semanas sea líquida o semilíquida, a base de leche, jugo de frutas, purés mermeladas, huevos, harinas y suficiente cantidad de limonadas; y sólo después de dos semanas se completará la dieta para prevenir la desnutrición.

Es indispensable que la alimentación sea complementada en vitaminas C, B_1 y los demás factores del complejo B, por lo que recomendamos el empleo de estas vitaminas a las dosis usuales.

3º—**Medicación antirreumática.**—Se ha demostrado repetidas veces que los diferentes medicamentos denominados antirreumáticos no tienen acción alguna sobre las lesiones del corazón, en contraste con sus efectos inmediatos sobre las otras manifestaciones de la fiebre reumática; sin embargo, nosotros seguimos utilizando los salicilatos en las cardiopatías reumáticas activa y continuamos su empleo en la convalecencia porque consideramos que las propiedades terapíuticas de estos medicamentos sobre la temperatura, la inflamación y el dolor son lo suficientemente útiles para eliminarlos, aunque no podamos considerarles una verdadera acción específica ni tampoco negársela definitivamente.

La acción antitérmica, el efecto antiflogístico y la acción analgésica de los salicilatos, además de los efectos favorables que sobre la circulación tienen las anteriores propiedades terapéuticas, hacen que recomendemos su empleo en forma sistemática en todos los casos de fiebre reumática cualquiera que sea la forma clínica, tanto en los casos sin manifestaciones cardíacas como en las carditis reumáticas.

Debemos preferir la vía oral, siempre que nos aseguremos de la buena calidad del salicilato, y la suficiente dilución del mismo, además de su asociación con el bicarbonato de sodio y las soluciones gomosas, para disminuir la acción irritante directa sobre la mucosa gástrica. La administración debe ser durante el día y la noche, cada tres horas, a lo más cuatro horas, porque la eliminación de los salicilatos es rápida y sabemos que el efecto terapéutico de estos medicamentos en la fiebre reumática depende de su concentración en la sangre. Preferimos el salicilato de sodio porque es mejor tolerado que los otros salicilatos de potasio o de calcio y recomendamos que se prescriba a la dosis de 1 a 2 gramos por toma

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

durante las 24 horas y todo el tiempo de actividad de la fiebre reumática, cualquiera que sea el grado del compromiso cardíaco, salvo que se presenten manifestaciones de intolerancia medicamentosa.

El empleo del salicilato debe ser suficientemente prolongado hasta que desaparezca la actividad del proceso infeccioso y continuarlo durante la convalecencia, vigilando constantemente al enfermo para suspender el medicamento cuando se presenten las manifestaciones tóxicas. Es indudable que la administración del salicilato de sodio no puede ser continuado durante mucho tiempo, no obstante las precauciones tomadas, aún con las especialidades farmacéuticas de envoltura entérica; sin embargo, es posible aumentar la tolerancia aplicando al mismo tiempo soluciones hipertónicas de glucosa mezcladas con cloruro de tiámina por vía endovenosa. Algunos autores recomiendan que además de la solución de glucosa se aplique 15 a 20 unidades de insulina por vía subcutánea, antes de las principales comidas, para prevenir la intoxicación salicílica.

No queremos afirmar que el salicilato sea un medicamento específico de la enfermedad reumática, pero, en tanto no se demuestre lo contrario debemos continuar utilizándolo si aceptamos las propiedades terapéuticas antes mencionadas y mucho más si comprobamos en la práctica diaria su acción favorable sobre las manifestaciones miocárdicas y pericárdicas especialmente sobre estas últimas. No cabe la menor duda de que el valor terapéutico del salicilato de sodio en las manifestaciones reumáticas agudas es diferente en las localizaciones cardíacas, pero nadie puede negar que el empleo de este medicamento modifica favorablemente el curso de la carditis reumática.

En los casos que exista la imposibilidad de continuar con la medicación salicilada, prescribiremos el piramidón u otros deirvados pirazolónicos que tienen una acción antitérmica, antiflogística y analgésica parecida a la que se obtiene con el salicilato de sodio. Pero estos medicamentos, además de tener una acción antiflogística inferior, tienen el inconveniente de su acción depresora cardíaca y sus efectos tóxicos sobre los órganos hematopoyéticos que conducen a la agranulocitosis. En el caso de prescribir el piramidón aconsejamos no pasar de las dosis medias diarias de 1.20 a 2 gr., fraccionadas en tomas de 0.30 a 0.40 gr., cada 4 a 6 horas. Nosotros preferimos utilizar los derivados pirazolónicos del tipo Commel, Antalgina o Lusalgina, que pueden prescribirse por las vías oral y parenteral.

4º—**Vitamina C.**—Numerosos autores aconsejan el empleo de dosis elevadas de vitamina C. Recomendamos la administración de una dosis media de 500 milígramos dos veces al día.

Tratamiento de la convalecencia.—Los cuidados durante la convalecencia son de gran importancia, sobre todo cuando el proceso reumático ha lesionado preferentemente el miocardio.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Es indudable que poco podemos hacer en la carditis reumática hiperactiva, debido a la evolución rápida de esta forma clínica, pero en los casos que siga un curso subagudo la curación completa es poco probable. En cambio en las otras formas de carditis reumática activa y en la carditis subaguda y crónica podemos conseguir resultados favorables siempre que se cumplan las indicaciones terapéuticas recomendadas en tales casos. La permanencia en cama, la alimentación gradual hasta que sea completa y variada, la medicación de sostén, la prevención de infecciones respiratorias interrecurrentes, la graduación de la actividad física desde el momento en que la actividad reumática ha desaparecido y las lesiones cardiacas se han estacionado, y la eliminación de los focos sépticos son las medidas terapéuticas principales durante la convalecencia de todos los enfermos de carditis reumática.

De todas las indicaciones el reposo es el más importante y la permanencia, como hemos dicho antes, debe ser prolongada hasta que el pulso, la temperatura, la fórmula hemoleucocitaria y la velocidad de sedimentación sean normales, la curva de peso satisfactoria y sobre todo buen estado general y ausencia absoluta de las manifestaciones reumáticas activas de cualquier clase. Sólo cuando la mejoría ha determinado las condiciones anteriores, permitiremos que el paciente permanezca sentado algunas horas, luego que camine un ratoe n la habitación y después, gradualmente, aumentaremos el tiempo de permanencia futura de la cama y posteriormente indicaremos la gimnasia respiratoria y algunos ejercicios suaves. Esta reintegración a la vida diaria debe ser paulatina, por lo menos en el curso 4 a 6 meses.

La medicación antirreumática deberá ser continuada durante dos a tres años, con períodos de descanso no mayores de una semana por mes al comienzo y después durante 10 a 15 días por mes. En esta etapa del tratamiento no es indispensable alcanzar las dosis elevadas de la fase activa y sólo daremos 4 a 6 gramos diarios.

Como habitualmente se presenta anemia secundaria, hipocrómica microcítica, prescribiremos la medicación ferruginosa. El sulfato ferroso a la dosis de 0.30 grs. tres a cuatro veces al día, o el citrato de hierro amoniacal a la dosis de 1 a 2 gr. tres veces al día, todo el tiempo que sea necesario para combatir la anemia. En estos casos los resultados son satisfactorios a las pocas semanas del tratamiento.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Una fórmula poliglucídica equilibrada

La composición del Nestógeno, leche en polvo semidescremada elaborada por Nestlé para la alimentación infantil, está basada en la conveniencia de suministrar a los niños **varios hidratos de carbono de distinta naturaleza.** En efecto, aparte de la lactosa normalmente presente en la leche, el Nestógeno contiene un agregado de sacarosa y maltosa-dextrina en proporciones idénticas.

El conjunto de dichos azúcares ejerce en el organismo una acción equilibrada y altamente favorable, comprobada ya por muchos años de experiencia. La lactosa y la maltosa tienen propiedades ligeramente laxantes, mientras que la sacarosa produce más bien el efecto opuesto y la dextrina es netamente antifermentativa. Gracias a la proporción adecuada de estos elementos (5% de lactosa y un agregado de 5% de la mezcla sacarosa + maltosa-dextrina) se suministra al niño la debida ración calórica y glucídica, a la par que se consigue en el intestino la formación de un medio impropio a las fermentaciones.

Aparte de sus indicaciones generales como alimento normal del lactante, sobre todo durante los primeros meses de vida, máxime en las estaciones calurosas, el Nestógeno proporciona excelentes resultados en los distróficos, los diatésicos exudativos y los convalecientes de enfermedades gastrointestinales.

COMUNICACIÓN DEL SERVICIO CIENTÍFICO NESTLÉ

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La Medicina Preventiva y el Binomio Madre-Niño

Por el Dr. VICTOR MORLES DELGADO

Hoy nos encontramos frente a una de las etapas más interesantes de la Historia de la Medicina: el paso de la Medicina puramente asistencial a la de tipo preventivo; es indudable que dentro de la sistemática evolutiva de los medios de lucha contra las enfermedades, ninguno tiene la importancia que marca el ciclo en en que nos encontramos, pues la Medicina Preventiva es la ciencia que avizora, que se adelanta y que mano a mano con la enseñanza de la higiene deja huella perenne en el individuo ya que sortea los peligros de la enfermedad y el sujeto adquiere normas de vida que dan igidez al organismo colocándolo en posición óptima frente a la agresión ambiente; estas normas de vida que tienden a crear hábitos sanos se suman a las modificaciones de hábitos ancestrales y dañinos creando, a la larga, un conglomerado social que piensa y actúa racionalmente frente a los problemas rutinarios de habitación, vivienda, alimento etc., etc.

Por otra parte, la Medicina Preventiva hace de la Medicina Hipocrática una ciencia que rompe las cadenas de su tabú y se enlaza con criterio profundamente humanista, con las otras ciencias de carácter socio - económico que le dan un respaldo valedero y efectivo como disciplina ecuménica y humana.

La Medicina Preventiva se vale del médico, mejor dicho, del organismo médico como elemento ejecutor imprescindible, pero necesita fundamentalmente de una organización económico-social ad-hoc que respalde las normas establecidas por el profesional y asegure el cumplimiento absoluto de la prescripción, de otra manera sólo se obtienen resultados parciales. Tal es el caso de los sistemas dispensariales anti-tuberculosos que llegan al despistage, mas cuando se encuentra al individuo enfermo y se trata de llenar el cometido de manera integral, o sea: aislamiento, reposo y tratamiento general, aparte de la defensa y protección familiar, se verifica la imposibilidad de completar el ciclo ya que el sujeto carece de los elementos para afrontar el riesgo y asegurar la solvencia económica de la familia.

La doctrina que respalda el criterio integral de la Medina Preventiva ha recibido el veredicto suficiente desde hace mucho tiempo, pero es el impulso de la guerra última, el que ha estimulado a los grandes países a destruir toda traba artificial en el camino a la seguridad social y es así como en Inglaterra, en primer término, se pone ya en ejecución el formidable Plan de Seguro Nacional que protege al individuo desde que es concebido hasta que llega al final de su vida.

El hombre en la eterna búsqueda de la perfección de sus sistemas ha llegado a una etapa de importancia tan grande que sólo se puede comparar en Medicina a la era de los grandes descubrimientos.

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

CICLO MADRE - NIÑO

En el círculo de la prevención una etapa sugestiva es la que encierra el binomio madre - niño, es decir la protección de la prole desde que está en el vientre de la madre hasta que el nuevo ser posee la conformación que garantiza su libre ambulación en la vida con las armas efectivas de su defensa biológica; medidas del campo de la eugenesia comple- el EXAMEN PRE - NUPCIAL que garantiza la igidez de los postulantes tan este avizoramiento de la Medicina Preventiva, el que se cristaliza en al matrimonio y de esta manera impide la tara de la prole.

Teniendo en cuenta que ningun organismo de sanidad puede considerarse tal sin desarrollar el debido programa de Medicina Preventiva que proteja de manera eficiente el ciclo auldido, en el Centro de Salud de Ancón hemos entregado nuestro mayor entusiasmo a la organización de esta rama de la prevención. En año y medio hemos logrado un resultado bastante satisfactorio si tenemos en cuenta su reciente creación y la limitación de medios económicos y personal, a más de la no existencia de un Seguro Nacional que respalde de manera firme las normas y medidas dictadas dejando su cumplimiento a expensas de la economía liberal de cada grupo familiar.

El EXAMEN PRE - NUPCIAL lo hacemos completo y nuestro servicio no expide certificado si verifica alguna tara trasmisible. La MUJER GESTANTE es inscrita en el SERVICIO PRE - NATAL, el cual hace el estudio económico - social de la familia y el examen médico completo, revisándola después periódicamente. Llegada la gestación a su término, la Visitadora Social informa sobre las condiciones de higiene y facilidades que ofrece el domicilio para la atención del parto. En caso positivo el SERVICIO DE PARTOS se desplaza y la parturienta es atendida en su hogar y por el contrario si el informe es negativo, la atención se hace en el local del Centro de Salud, la madre es cuidada durante ocho días, durante los cuales se le ilustra sobre los cuidados y normas que deben guiar la atención del recién nacido. El niño es inscrito en el SERVICIO INFANTIL, en cuya ficha se consignan los datos completos de su nacimiento y los antecedentes familiares, tanto desde el punto de vista médico como social. Se extiende un carnet donde se registran las pesadas, vacunaciones, etc. La revisión del niño se hace cada semana hasta los cuatro meses, después cada quince días anotándose en la ficha las dietas y normas dictadas, así como los incidentes de orden patológico. En caso de inasistencia, la Visitadora Social visita a la madre y hace trasladar al niño. Toda esta labor corona una paciente campaña de educación a fin de que las normas establecidas se incorporen al individuo como algo propio para que luego insurjan de su propio yo, relegando los hábitos viciosos y para que sea esa nueva sistemática la que norme el regular vivir y actuar de la familia.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

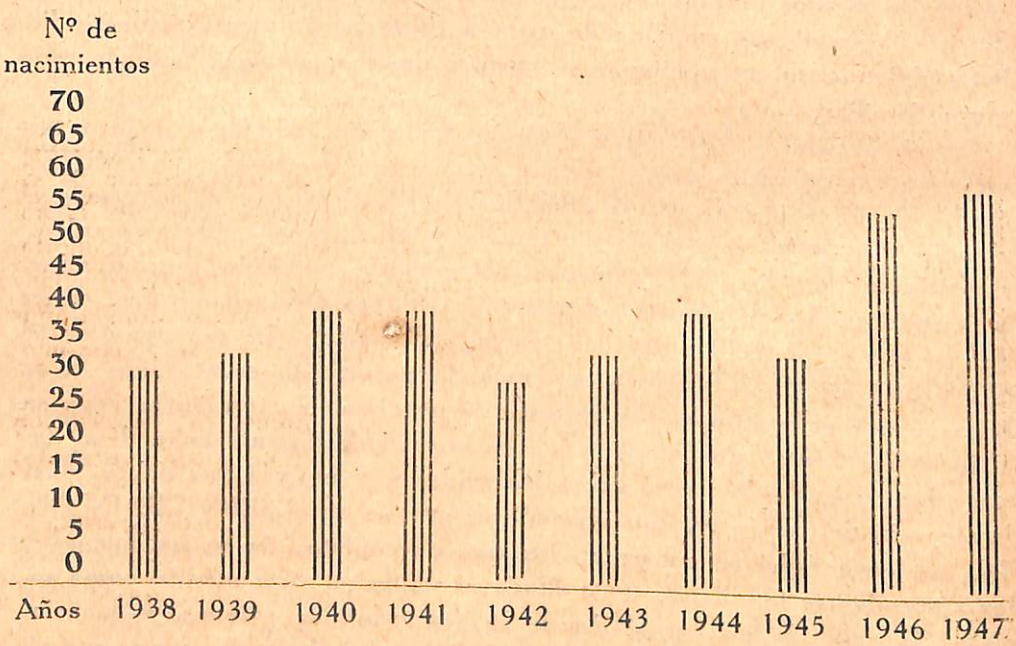
RESULTADO OBTENIDO

Nuestro trabajo abarca un período de un año y medio o sea desde el mes de Junio de 1946 hasta Diciembre de 1947, contando con escaso personal y enfrentando la ardua labor de convencimiento de la gente.

Tomamos como referencia los años 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 y 47, dejando constancia que durante los cuatro primeros años no existía consultorio médico ni estaba a nuestro cargo el servicio sanitario de Ancón; los años 42, 43, 44 y 45 organizamos un pequeño consultorio con fines curativo y preventivo, pero con un radio limitado.

Los datos de natalidad y mortalidad infantil han sido tomados del Registro Civil de la Municipalidad.

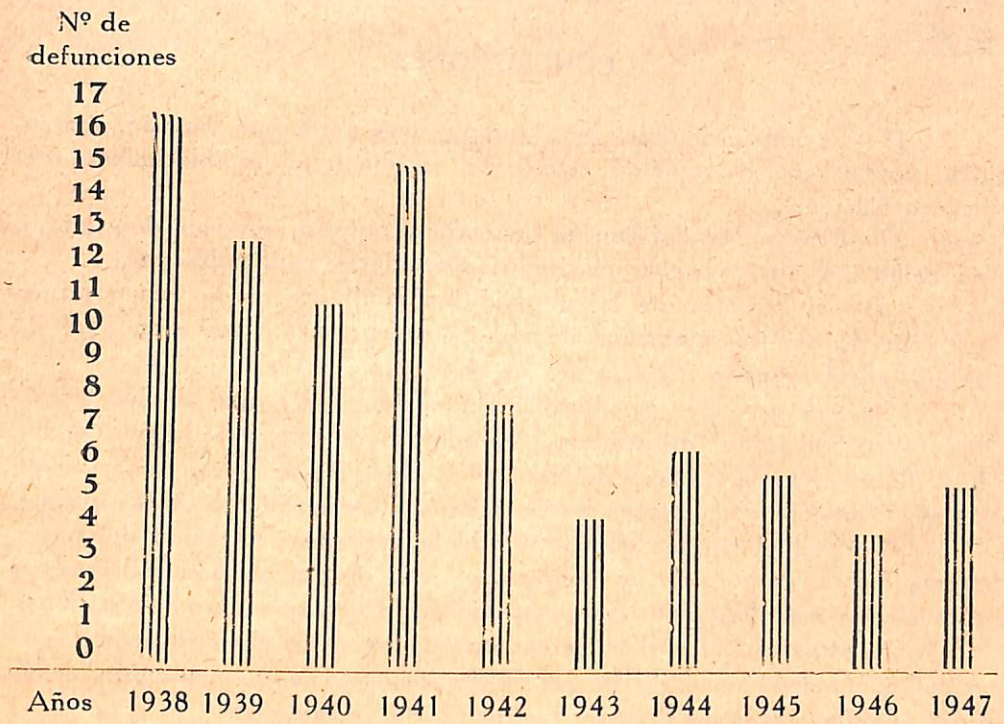
Veamos la evolución de la curva de **natalidad:**



Esta gráfica permite comprobar que durante lo dos últimos años ha aumentado el número de nacidos en el lugar, lo que se explica por la facilidad con que han contado las madres al tener un lugar seguro e higiénico donde culminar su gestación. Antes de la organización del Centro de Salud las que no se atendían en su domicilio recurrían a la Maternidad de Lima.

Observemos ahora la curva de **mortalidad infantil** tomando siempre como referencia los años del 38 a 47.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



Se puede verificar por la apreciación de este gráfico cómo durante los cuatro primeros años en que Ancón carecía de una organización de salud, la mortalidad infantil oscila entre 10 y 16 y que a partir de la implantación primero del consultorio y luego del Centro de Salud, la mortalidad desciende en forma manifiesta oscilando entre 3 y 5 por año. Hay que dejar constancia que los niños muertos durante los cinco últimos años de nuestra estadística no fueron controlados ni asistidos por el consultorio o por el Centro de Salud.

Hagamos un cuadro comparativo entre los **índices de desnutrición registrados por el Dr. Krundieck en el Hospital del Niño y los constatados por nosotros en Ancón.**

Ancón	H. del Niño
1 mes a 1 año — 54,7 %	88 %
1 a 2 años — 77,0 %	94 ,,
2 a 4 años — 75,0 %	90 ,,
al nacer — 19,0 %	—

Estos índices favorables a los niños de Ancón nos revelan la importancia de la labor preventiva, pues tratándose de una población pequeña es más fácil poder controlar a un número mayor de niños, lo que se traduce en los guarismos anotados. Ellos mejorarán con la acción de la Visitadora Social y a medida que las madres se convenzan del beneficio que significa el control del niño sano.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CONCLUSIONES

1º—Es imprescindible, para cumplir una verdadera función preventiva, contar con el respaldo económico mediante el establecimiento del Seguro Nacional.

2º—Pese a las deficiencias anotadas, nuestro servicio del Centro, de Salud de Ancón brinda resultados alentadores verificados por:

a)—el descenso de la mortalidad infantil que en los cinco primeros años de nuestra estadística llega a 87 defunciones o sea a un 15,4 %, y baja en el segundo a 22, o sea un 4,4 %.

b)—el peso de los niños recién nacidos, así como de los lactantes, revela un grado de desnutrición, inferior al comprobado por el Dr. Krundieck en Lima, índices de desnutrición que descenderán más a medida que contemos con la total colaboración y convencimiento de las madres.

3º—Con el sistema de control de la gestante y atención del parto, previa discriminacrón de las condiciones del domicilio, hemos llegado a eliminar las complicaciones del puerperio en lo que se refiere a infecciones.

En otros artículos podremos estudiar los datos de tipo económico - social que hemos recogido de las fichas del servicio de maternidad e infantil y referirnos a las dietas y regímenes del lactante.

AMINO - ESPASMYL

MEDICACION CON PROPIEDADES ANTI - ESPASMODICAS, CARDIOTONICAS Y SEDANTES

FORMULA

Aminofilina	0.10 grs.
Feniletilmalonil úrea	0.02 grs.
Papaverina	0.03 grs.
Nicotinamida	0.05 grs.
Excipiente c. s. p.	1 comprimido

INDICACIONES

Neurosis cardíaca. Arritmias. Extrasístoles. Espasmos vasculares. Angina de pecho. Hipertensión arterial. Arterioesclerosis. Asma. Disnea. Trastornos climatéricos.

DOSIS

2 a 6 comprimidos al día ingeridos después de los alimentos, con un poco de agua.

PRESENTACION

Frasco de 20 comprimidos.

LABORATORIOS UNIDOS, S. A.
Avenida Javier Mariátegui 1237
LIMA - PERU

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Reacción Diagnóstica del Embarazo en la que se Usa el Sapo Macho Como Animal Reactivo

Por el Dr. CARLOS GA LI MAININI

En el presente trabajo se describe una nueva reacción de embarazo en la que se usa como animal reactivo el sapo macho (Bufo arenarum Hensel).

La positividad o negatividad de la reacción se determina por la presencia o ausencia de espermatozoides en la orina del animal inyectado con orina de mujer presuntamente embarazada.

En el sapo macho adulto los espermatozoides se encuentran en los tubos en contacto con las células de Sertoli. En su gran mayoría se hallan agrupados paralelamente entre sí, lo que se les da el aspecto de haces o gavillas. Sólo ocasionalmente se observan libres en la luz de algunos tubos, donde aparecen como una madeja laxa.

La relación existente entre hipófisis y testículo en el sapo Bufo arenarum Hensel ha sido estudiada por Houssay y Lascarno González, 1929. Estos autores dicen: "Es evidente que en sapo la hipófisis ejerce una influencia constante sobre la actividad espermatogenética testicular..." "La extirpación de la hipófisis produce atrofia testicular en el sapo, la ablación del lóbulo glandular en grado menor..." "La implantación subcutánea repetida de hipófisis de sapo produce hipertrofia testicular en los normales e hipófisoprivos".

La administración de hipófisis de sapo produce en este animal el desprendimiento de los espermatozoides, que se separan de la pared, pierden su ordenación en gavillas y quedan libres en la luz del tubo. El fenómeno del desprendimiento de los espermatozoides, así como su ulterior migración a través del riñón ha sido bien estudiado por De Robertis, Burgos y Breyter, 1945, en el Bufo arenarum Hensel. Los espermatozoides migran luego hasta la vejiga y de allí salen al exterior con la micción.

De acuerdo con los resultados que se presentan en este trabajo, también la orina de mujer embarazada tiene la capacidad de producir el desprendimiento y migración de los espermatozoides, los que, un tiempo variable después de la inyección, pueden ser identificados en la orina contenida en la vejiga del sapo.

Los resultados que se presentan son comparativos con los obtenidos por medio de la reacción de Friedman, que en todos los casos se efectuó simultáneamente.

MATERIAL Y METODOS

Animal reactivo: Se usaron sapos machos de peso superior a los 100 gramos. Con propósitos experimentales se inyectaron sapos de me-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nor peso (no incluídos en la serie que se presenta) y en algunos se obtuvieron resultados positivos. Sin embargo, no es conveniente utilizar sapos de peso menor a los 100 gramos, pues se corre el riesgo que éstos sean inmaduros y que su espermatogénesis no esa completa.

La mayoría de los sapos eran recién capturados. Otros, en cambio, habían estado en cautiverio durante períodos de más de un mes. En algunas reacciones se usaron sapos que habían sido inyectados con resultados positivos una semana antes. Los sapos eran mantenidos en piletas en las que, para asegurar un ambiente húmedo, se deja gotear agua de la canilla constantemente.

Orina inyectada: Se inyectó en el saco linfático lateral de cada sapo, 10 cm.3 de orina de la mujer presuntamente embarazada. En la gran mayoría de las reacciones la orina fué la recogida por la paciente en la misma mañana y sólo en contados casos se usó la del día anterior. Las orinas fueron inyectadas tal fueron traídas por las pacientes, sin previa fitlración, ajuste de pH, concentración etcétera. Todos los sapos con la excepción de uno toleraron bien la introducción brusca de 10 cm.3 de orina. Todas las inyecciones se eefctuaron en horas de la mañana. Desde ese momento los sapos eran mantenidos en sus piletas o jaulas y la iluminación era la natural de la habitación. Simultáneamente, con otra parte de las mismas orinas se efectuó la reacción de Friedman, con el objeto de determinar la coincidencia o no de resultados. Estas reacciones de Friedman fueron hechas independientemente por otros observadores. Obtención de la muestra de orina del sapo: La orina de los sapos fué obtenida introduciendo una pipeta en la cloaca. Las pipetas usadas son de un calibre variable, aproximadamente el de las de 1 cm.3 de capacidad, con la punta bien redondeada a fuego. Para obtener la orina, se sujeta el sapo en posición dorsal, se introduce la pileta en la cloaca en una extensión de 0,5 a 1 cm. y se le imprime la punta hacia arriba, hasta que se ve que la orina penetra en la luz del tubo (una gota es suficiente para el examen). Es de importancia el detalle de que al imprimir el movimiento de vaivén, la punta introducida de la pipeta se halle hacia arriba, ya que si está en el mismo plano que el sapo o hacia abajo, la extracción de la orina es más dificultosa. Asimismo, es conveniente obtener sólo una pequeña cantidad con el objeto de dejar orina en la vejiga para subsiguientes observaciones si son necesarias.

Observación al microscopio: De la orina obtenida se deposita una gota sobre una porta y se examina directamente al microscopio sin fijación o coloración previa. Es conveniente que la iluminación no sea intensa. En estas condiciones los espermatozoides se observan en gran número como pequeñas líneas negras agitadas por sus movimientos característicos. Tiempo de observación: En la mayoría de las reacciones efectuadas, el examen de la orina en los sapos se hizo a la hora, a las 2 horas, a las 3 y a las 22 horas después de la inyección. Con el objeto de deter-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

minar el tiempo de duración de la reacción, en algunos casos, las observaciones se prolongaron hasta 3 días después de la inyección.

Epoca del año: Este trabajo fué levado a cabo durante los meses de enero y febrero de 1947, es decir, en la estación calurosa.

RESULTADOS

Se exponen a continuación los resultados obtenidos:

		Número
Total de reacciones		102
Muertes a consecuencia de la inyección:		
Sapos.	1	
Conejos	2	
Resultados coincidentes		94
Resultados comparables		99
Resultados no coincidentes:		
Posit. en el paso Negat. en la coneja	3	
Posit. en la coneja Negat. en el sapo	2	
Resultados positivos.		62
Resultados positivos observados a la 1, 2 y 3 horas	9	
Positivos a la hora	9	
Positivos a las 2 horas	36	
Positivos a las 3 horas	2	
Total	47	
Resultados positivos observados durante 3 días .		18
Tiempo máxima de presencia de los espermatozoides en la orina de estos 18 aspos . . . . . horas		50

CONTROLES: Como control de los resultados, otros sapos fueron inyectados con diversas orinas y substancias. Los resultados de las inyecciones de las orinas provenientes de los 77 sujetos controles que se enumeran a continuación, fueron uniformemente negativos.

Niños prepúberes: Varones 5, mujeres 10.

Adultos normales con vida sexual activa: Varones 18, mujeres 20.

Mujeres en menospausa: Con sintomatología, 6, asintomáticas 5.

Hombres de más de 60 años: 4.

Mujeres adultas hipertiroideas: 4.

Mujeres con amenorrea secundaria: 3.

Mujeres con hirsutismo: 2.

Otras substancias: A continuación se enumeran los resultados obtenidos por al inyección de diversas substancias. En todos los casos, la dosis inyectada fué única y la observación se hizo dentro de las 3 y a las 24 horas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Estrógenos: El resultado de la inyección de 10.000 unidades de benzoato de estradiol por sapo, a 12 sapos fué negativo, como también la inyección a 14 sapos de 1 mg. de estilbestrol a cada uno.

Progesterona: La inyección de 5 mg. de progesterona por sapo a 8 sapos, dió resultados negativos.

Testosterona: La inyección a 6 sapos de 10 mg. de propionato de testosterona a cada uno, dió resultados negativos.

Tiroxina: La inyección de 1 mg. de tiroxina por sapo en 6 sapos, dió resultados negativos.

Adrenalina: La inyección de 0,5 cm.^{3} de una solución al milésimo de adrenalina por sapo, dió resultados negativos en 4 sapos.

Desoxicórticosterona: La inyección de 5 mg. de acetato de desoxicórticosterona por sapo, a 4 sapos dió resultados negativos.

Pitressina: La inyección de 5 U. I. por sapo, a 4 sapos dió resultados negativos.

Gonadotrofina coriónica: La inyección de gonadotrifina coriónica a 16 sapos, en dosis crecientes de 1, 10, 100, 500, 1000 y 1500 U. por sapo, dió resultados positivos inmediatos a los 30 minutos, con 500, 1000 y 1500 U., y a la hora con 100 U. Las dosis de 10 y 1 unidad no tuvieron efecto.

Gonadotrofina sérica: La inyección de 500 unidades por sapo, a 12 sapos, dió resultados positivos a las 2 horas en 4. A las 22 horas otros 4 fueron positivos. A las 48 horas, los 4 restantes eran aún negativos.

Temperatura: La influencia de este factor fué estudiada inyectando 500 U. de gonadotrofina coriónica por sapo, a 12 sapos mantenidos durante 22 horas a diferentes temperaturas. En el momento de la inyección se tomó la temperatura rectal a cada sapo. De los sapos con temperaturas alrededor de 26c, 3 dieron reacción positiva a los 30' y todos a la hora. De los sapos con temperaturas alrededor de 16), 1 dió reacción positiva a los 30' y todos a la hora. De los sapos con temperatura alrededor de 9°, ninguno dió reacción positiva a los 30', 4 a la hora y todos 1 hora y 45 minutos después de lainyección.

DISCUSION

De acuerdo con los resultados obtenidos y que se exponen en el presente trabajo, parece que la orina de mujer embarazada tiene la capacidad de producir el desprendimiento y migración de los espermatozoides del sapo macho, es decir, posee una capacidad gonadotropa semejante a la de la propia hipófisis del animal. Por la negatividad de reacción en los experimentos controles (con excepción de los efectuados con gonadotrofina coriónica y sérica) y por el paralelismo de los resultados obtenidos con orina de embarazo en los sapos y en las conejas, es probable que la substancia responsable de esta reacción en el sapo sea la gonadotrofina producida por el tejido coriónico durante el embarazo.

Bajo las condiciones experimentales en que fué llevado a cabo es-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

te estudio (época del año, temperatura, etcétera), puede decirse que esta reacción diganóstica del embarazo tiene una serie de ventajas sobre las reacciones existentes, que pueden enumerarse de la siguiente manera:

1º—Velocidad de la reacción: Sobre 47 resultados positivos en los que las observaciones fueron hechas con 1, 2 y 3 horas de intervalo a contar desde la inyección, todas (100%) fueron positivas dentro de las 3 horas y 45 (95%) a las 2 horas. Los que fueron negativos dentro de este lapso, también lo fueron 22 horas después.

2º—Simplicidad de técnica: a) No hay necesidad de preparación especial de la orina; b) La inyección no ofrece dificultad; c) La obtención de la orina del sapo es fácil e incruenta; d) La observación bajo el microscopio es directa, sin necesidad de técnicas histológicas previas; e) La diferenciación de los espermatozoides en la orina del sapo, bajo el microscopio, no ofrece dificultad alguna por sus características definidas de morfología y movimiento y por el gran número en que se encuentran; f) Los diversos pasos de la técnica se hacen con gran rapidez, ya que la determinación de un resultado, desde el momento que se toma el sapo hasta que se determina la positividad o negatividad de la reacción, generalmente no lleva más de un minuto de tiempo.

3º—Especificidad: Aparentemente y en base a los controles efectuados la reacción es específica, en lo que a orina se refiere y se limita a orina de mujer embarazada.

4º—Exactitud de apreciación del elemento indicador del resultado de la reacción: La positividad o negatividad de reacción está claramente indicada por la presencia o ausencia de los espermatozoides en la orina, que como se ha dicho, son fácilmente visibles y diferenciables. No hay pues la posibilidad de errores debidos a falsa apreciación subjetiva.

5º—Economía: La economía del procedimiento se debe no sólo al bajo precio del sapo sino que este animal, no necesita cuidados especiales de alimentación o de vivienda. Además, el mismo sapo puede ser usado repetidas veces, dejando un intervalo prudencial entre reacción y reacción. A este respecto parece ser que una semana es un plazo aceptable.

El valor de esta nueva reacción diagnóstica de embarazo, desde el punto de vista práctico, no está aún definitivamente determinado por los resultados que se presentan en este trabajo, debido a que los resultados sólo son comparativos con los obtenidos simultáneamente con la Friedman y porque no se ha intentado establecer el porcentaje de error, debido al escaso número de reacciones efectuadas. Además, es posible que los resultados varíen en diversas épocas del año como consecuencia de varios factores, como ser entre otros: durante el período de actividad sexual del sapo o por la temperatura. Respecto a este último factor son de interés los resultados que se detallan previamente, en el capítulo de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

controles y que hace suponer que la temperatura es de importancia, si no para el resultado en sí, por lo menos para la velocidad de la reacción.

CONCLUSIONES

1º—La inyección de 10 cm.³ de orina de mujer embarazada en el sapo macho Bufo arenarum Hensel produce la aparición de espermatozoides en la orina del mismo.

2º—Se efectuaron 102 reacciones (la muerte de 3 animales reduce la estadísticas a 99). Sobre estas 99 reacciones con orina de mujer presuntamente embarazada, efectuadas simultáneamente en el sapo y en la coneja, se obtuvieron 94 resultados coincidentes. De los no coincidentes, en 3 casos los sapos fueron positivos y en 2 casos las conejas fueron positivas.

3º—La aparición de espermatozoides en la orina del sapo, se hizo dentro de las 3 horas de la inyección en 47 casos positivos en que fueron observados a intervalos de una hora. En ningún caso los que fueron negativos durante este lapso, se hicieron positivos dentro de las 22 horas siguientes a la inyección.

4º—La duración de la presencia de espermatozoides en la orina del sapo fué determinada en 18 reacciones y en este grupo el tiempo máximo en que fueron hallados fué de 50 horas.

5º—Se efectuaron 77 controles inyectando 1 cm.³ de orina de niños, hombres y mujeres normales, mujeres en menospausia, hombres de más de 60 años y de pacientes con endocrinopatías. El resultado en todos ellos fué negativo.

6º—La inyección de una dosis única de determinadas cantidades de progesterona, estrógenos naturales y sintéticos, testosterona, tiroxina, desoxicórticosterona, adrenalina y de pitressina, no produjeron la aparición de espermatozoides en la orina de los sapos inyectados durante el tiempo de observación (hasta 24 horas).

7º—La inyección de determinados dosis de gonadotrofina coriónica produjo resultados positivos. La inyección de determinadas dosis de gonadotrofina sérica dió resultado positivo en agunos sapos.

8º—El factor temperatura parece ser de importancia en la velocidad de reacción, siendo ésta mas lenta a temperatura baja.

9º—Por los resultados obtenidos parece que la reacción específica producida por la inyección de orina de mujer embarazada en el sapo macho Bufo arenarum Hensel puede ser la base de una nueva reacción diagnóstica de embarazo, que, bajo las condiciones de este estudio (época del año y temperatura) reúne las siguientes condiciones:

a) Velocidad de la reacción; b) Simplicidad de técnica; c) Especificidad; d) Exactitud de apreciación del elemento indicador del resultado de la reacción; e) Economía.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Los datos presentados en este trabajo no son suficientes para determinar con seguridad el valor práctico de esta reacción, que puede quizás variar por varios factores, como ser, entre otros: durante el período de actividad sexual del sapo, por la época del año en que se efectúa o por la temperatura ambiente.

RESUMEN

En este trabajo se describe una nueva reacción diagnóstica de embarazo en la que se usa como animal reactivo al sapo macho Bufo arenarum Hensel.

Esta reacción se basa en el hecho que la inyección de orina de embarazo tiene la propiedad de provocar la migración de los espermatozoides desde el testículo hasta la vejiga del sapo y que pueden observarse bajo el microscopio en una gota de orina extraída por cateterismo.

Se exponen 99 resultados comparativos con el mismo número de reaccioes de Friedman, efectuadas simultáneamente, y los resultados obtenidos en 86 experimentos controles en los que el material inyectado fué orina de personas no embarazadas y varias hormonas.

Esta reacción diagnóstica, bajo las condiciones experimentales en que ha sido estudiada, reúne las características de rapidez, simplicidad, especificidad, economía y exactitud en la determinación del resultado.

BIBLIOGRAFIA

Houssay B. A., Yascano Gonzales I. H.— Relaciones entre la Hipófisis y el testículo en el sapo.— Rev. Soc. Arg. Biol., 1929, 5: 77.

De Robertis E., Burgos M. H. y Breyter E.— Acción de la Hipófisis sobre la célula de Sertoli y el proceso de expulsión de los espermatozoides de los anfibios.— Rev. Soc. Arg. Biol., 1945, 21: 369.

OPTICA "IMPERIAL"

de Nicolás E. Hayashida

Material y trabajo de primera calidad

Armazones "NUMONT". — Atiende recetas

Prontitud y Esmero

Mantequería de Boza 150

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Resumen de los trabajos presentados por la Comisión Peruana al Congreso de Cardiología en la Ciudad de Chicago, en el presente año

PENICILINA EN SIFILIS CARDIOVASCULAR

Aurelio Peralta V., M. D.
Luis Castañeda P., M. D.

Hemos tratado 25 enfermos. Dos insuficiencias aórticas (uno en Insuficiencia cardíaca grave), dos aneurismas, una miocarditis, una estenosis del ostium coronario (Infarto), y aortitis, algunas con coronaritis.

Tomamos electrocardiogramas y Reacciones Serológicas seriadas en el tratamiento, a los 15 días, y cada dos meses.

Empleamos Penocilina "G". Administrada a dosis crecientes (2.500 U. de inicio) cuando había alteraciones coronarias. Dosis altas: 50 a 100.000 U.

Totales: 4.500.000 u. a 8.000.000 U.

La administración de Penicilina despierta síntomas clínicos adversos en un 28 % de los casos tratados; en sólo 3,9 % alcanzaron fuerte intensidad (dolor). No hubo necesidad de suspender el tratamiento.

En un 7.8 % de los que tuvieron síntomas clínicos, aparecieron alteraciones electrocardiográficas, pero pueden aparecer anomalías electrocardiográficas sin que exista sintomatología clínica. Todas son pasajeras, desapareciendo de 8 a 15 días después.

Un caso de Insuficiencia cardíaca falleció al mes de terminado el tratamiento Las unidades de las reacciones serológicas pueden aumentar a disminuir en iguales proporciones.

El aumento de las reacciones no guarda relación con la aparición de anomalías clínicas o electrocardiográficas.

Cuando disminuyen las reacciones serológicas, al 4º mes vuelven a lo primitivo. Las Teleradiografías hasta 2 años después del tratamiento no varían.

La administración Penicilina, sinó inocua, es posible, sin peligro para al vida del paciente.

ALGUNAS OBSERVACIONES DEL ELECTROCARDIOGRAMA HUMANO EN RELACION CON LOS CAMBIOS DE ALTITUD BIOGEOGRAFICA

Rafael Alzamora, M. D.
Carlos Monge, M. D.

Electrocardiografía del hombre aclimatado en las altiplanicies desde una época prehistórica ha sido estudiada por Monge, Sáenz, Rotta, y Kerwin.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Los hechos más importantes señalados son: mayor frecuencia de desviación a la derecha de AQRS y de la posición eléctrica vertical del corazón. Durante el esfuerzo moderado (700 Kilográmetros) se ha visto inversión de P, acortamiento de PR, ligera desviación de ST y bradicardia en vez de aceleración.

Hemos estudiado las variaciones electrocardiográficas en un grupo de soldados trasladados de Huancayo, (10,500 pies) a Morococha (14,900) y luego bajados a Lima (nivel del mar).

En Morococha el E. C. G. muestra frecuentemente elevación de ST con inversión de T en varias derivaciones precordiales. Al bajar a Lima las ondas T se normalizan. En los E. C. G. sucesivos se encuentra: mayor amplitud de QRS y de T, a veces en todas las derivaciones. En los últimos hay marcada regresión con oscilaciones. El eje eléctrico se desvía gradualmente a la izquierda y el corazón tiende a la posición horizontal. Estas modificaciones sugieren cambios en la actividad eléctrica del corazón en probable relación con las variaciones fisiológicas, químicas y anatómicas observadas ya en iguales circunstancias.

LA ELECTROCARDIOGRAMA EN LA AGONIA - MUERTE CLINICA Y MUERTE BIOLOGICA

Augusto Mispireta Dibarbout, M. D.
Carlos Guibovich, M. D.
Jorge Neira, M. D.

Comprende nuestro trabajo el estudio electrocardiográfico de la agonía, muerte clínica y muerte celular o biológica, efectuado en seres humanos (niños y adultos) y en perros. La muerte de los animales fué por desangramiento; en los humanos por diferentes enfermedades (en dos por fractura del cráneo). Se obtuvieron los trazados electrocardiográficos en forma continua, en algunos casos desde el inicio de la agonía.

Diferenciamos con otros autores las tres etapas siguientes: Agonía, muerte clínica y muerte biológica. Esta última fué estudiada exclusivamente en relación con la actividad eléctrica cardíaca. El espacio de tiempo, entre muerte clínica y biológica fué invariable: promedio 3 a 7 minutos. El de mayor duración, de 54 minutos, correspondió a un caso de fractura del cráneo.

Durante la agonía siempre se observó taquicardia sinusal Coinciendo con la muerte clínica, se presentaron las más variadas modificaciones del ritmo, frecuencia y conducción. El paro cardíaco final, fué en la mitad de los casos por paro auricular, y en la otra mitad, ventricular.

Las inyecciones intracardíacas de adrenalina, no determinaron modificaciones de importancia en el electrocardiograma.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

VALORES NORMALES DE PRESION ARTERIAL Y FRECUENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN LAS GRANDES ALTURAS

Andrés Rotta, M. D.
Artemio Miranda, M. D.

En una ciudad de aproximadamente 7 mil habitantes, situada a 4540 metros de altura (Morococha - Perú), se llevó a cabo una encuesta para despistar casos de hipertensión arterial. Al mismo tiempo, se determinó la presión arterial en 1878 individuos adultos y sanos entre 18 y 71 años de edad; en este grupo, 53 fueron de raza blanca (norteamericanos, italianos, españoles, y peruanos) residentes por varios años en la altura y los der ás fueron indios nativos.

Los resultados de la investigación presentan los siguientes datos de interés:

1º—Ni por medio de la encuesta ni por la investigación directa se pudo descubrir casos de hipertensión arterial.

2º—La presión arterial sistólica es más baja en el hombre de la Altura que en el de nivel del mar (Media: 108 mm. Hg.) y la presión arterial diastólica más alta que a nivel del mar (Media: 88 mm. Hg.)

3º—Desde que los pocos habitantes de raza blanca no mostraron difeerncias con los nativos, tanto en la presión sistólica como en la diastólica, se considera que los datos obtenidos no son de caráster racial y que la anoxemia crónica contribuye en alguna forma a modificar la presión arterial.

4º—La investigación se está continuando en otras ciudades altas del Perú y se están practicando estudios experimentales en animales.

FARMACIA "BOLOGNESI"
— DE —
ADOLFO FUENTES
Av. Bolognesi 502 — Barranco
EXISTENCIA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, NACIONALES Y EXTRANJEROS
SUEROS, VACUNAS Y PERFUMERIA
—: Teléfono 50044 :—

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

"Nuevos Avances en Anestesias. La Anestesia en el Hospital Daniel A. Carrión"

Por el Dr. SANTIAGO VALLE

Trabajo presentado al Primer Congreso Peruano de Cirugía.

El Primer Congreso de Cirugía del Perú ha considerado muy acertadamente un capítulo especial correspondiente a una rama que si bien está íntimamente ligada a la cirugía en la actualidad ha llegado a convertirse en una especialidad adquiriendo una autonomía casi absoluta; nos referimos a la Anestesiología.

Actulamente ya no puede concebirse el que el cirujano imponga una anestesia eligiendo método o agente, entregando tanto esta responsabilidad como la de mantener en óptimas condiciones durante una intervención quirúrgica a un enfermo, al anestesiólogo. Es, pues, importantísimo el que todo centro quirúrgico cuente con un Departamento de Anestesias.

El Departamento de Anestesiología del Hospital Carrión fué creado hacen casi tres meses. En este corto lapso de tiempo apenas ha sido posible su organización por haberse tropezado con algunas dificultades, siendo la principal el no contar con personal asistente competente. Esto se está tratando de subsanar dictándose un curso especial de Anestesiología para enfermeras.

Desde que funciona el Departamento se han aplicado 70 anestesias (sin contar 4 bloqueos caudales, 2 lumbares simpáticos y uno del plexo braquial). La edad de los pacientes fluctuó entre los 2 y los 71 años.

Cuarentitres pacientes recibieron anestesía general habiendo usado los siguientes agentes: **ciclopropano**, **éter** y **pentothal.** En 10 casos se usó ciclopropano puro, en 14 ciclopropano-éter, en 7 ciclopropano-pentothal. en 4 éter-pentothal, en 3 éter sólo y en 5 pentothal puro.

El preanestésico fué dado casi siempre una hora antes de comenzar la anestesia consistiendo en nembutal, morfina y atropina, estos últimos en la proporción recomendada por Waters es decir: 1: 1/25.

En nueve casos de intervenciones abdominales mayores se usó la técnica endotraqueal intubándose a los pacientes por vía oral con ayuda del Laringoscopio de Guedel, utilizándose en dos de ellos cateter endotraqueal con manguito insuflable.

En cinco casos se recurrió a la **Intocostrina** para evitar poner en plano anestésico muy profundo al paciente. En ninguno de ellos se utilizó más de 40 unidades de dosis inicial y 80 en total.

La relajación muscular y el silencio abdominal se obtuvo en todos ellos a poco de inyectarse la droga.

La duración de las anestesias fluctuó entre los 10 minutos y las 8 horas veinte minutos. Por considerar de imoprtancia describiré breve-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mente el desarrollo de esta anestesia de tan larga duración: Paciente de 61 años en mal estado general con diagnóstico de carcinoma del estómago y de la porción cardial del esófago paar lo que se planea una resección esófagogástrica por vía transtoráxica. El paciente recibe como preanestésico una hora antes de la intervención un centigramo de morfina, cuatro décimos de miligramo de escopolamina y 10 centigramos de nembutal.

A las ocho y diez de la mañana se dá comienzo a la anestesia. Inducción rápida con ciclopropano llegando en pocos minutos al segundo plano quirúrgico procediéndose de inmediato a la intubación por vía oral con cateter insufable. Apenas comenzaba la operación se pone a la vena sangre gota a gota habiéndose aplicado suero fisiológico subcutáneo desde nntes de comenzar la anestesia. La presión arterial, el pulso y la respiración se mantuvieron invariables durante la primera hora de la operación hasta que se abrió la pleura y se comenzó a manipular en la cavidad toráxica colapsándose el pulmón izquierdo. En este momento la presión arterial descendió paulatinamente a ocho y medio sobre cinco, el pulso se hizo ligeramente irregular no aumentando su frecuencia quedando la respiración rítmica pero superficial. Aumentándose la velocidad del gota a gota sanguíneo, pasó pronto esta irregularidad.

A la tercera hora de la operación la presión arterial se mantenía en trece sobre ocho con noventa pulsaciones y 30 respiraciones al minuto. En todo momento se procuró tener al paciente más allá del segundo plano quirúrgico.

A partir de la quinta hora la presión comenzó a descender llegando casi a desaparecer una hora después, el pulso se hizo filiforme con 120 de frecuencia y la respiración muy superficial y frecuente. Durante las dos últimas horas se luchó contra este estado pasándose un segundo litro de sangre, un nuevo litro de suero glucosado, haciéndose además la anestesia lo más ligera posible y aumentando el Trandelenburg en el paciente. A la octava hora de anestesia el paciente tenía una presión de siete y medio sobre cinco con 96 pulsaciones y 32 respiraciones por minuto.

La insuflación del pulmón, colapsado para facilitar el campo operatorio se hizo sin mayor dificultad comprobándose después por medio de succión por vacío que no existía pneumothorax. Al terminarse la operación ocho horas después de haberse comenzado, el estado del paciente había mejorado aún más.

Trasladado a su cama se le colocó en una tienda de oxígeno. Pronto comenzó a descender la presión: 6, 5 sobre 4 y el número de pulsaciones aumentó a 120. Fatalmente no se pudo disponer de más sangre teniendo que recurrirse sólo a los sueros. Dos litros de sangre fueron insuficientes para una intervención quirúrgica de tal magnitud y duración. Seis horas después el paciente había recuperado la conciencia pero su aparato cardio vascular estaba desfalleiciendo. A las catorce horas de la operación el paciente falleció.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En las 31 anestesias generales en que se usó el ciclopropano se pudo observar las ventajas de este gas a saber: fácil inducción sin mayor excitación, los planos quirúrgicos profundos fueron alcanzados en casi todos los pacientes a los pocs minutos de haberse comenzado su aplicación; en los casos en los que se usó curare e intubación el silencio abdominal fué ideal. La recuperación fué muy rápida, la mayoría de los pacientes regresaron concientes a sus camas aún en operaciones de más de 2 horas de duración. Complicaciones postoperatorias comunes como distención abdominal y retención urinaria no se vió. Los vómitos y náuseas aparecieron en menor porcentaje que con otros agentes. Un sólo paciente hizo complicación pulmonar de importancia.

Acción tóxica del ciclopropano durante la anestesia se notó en un paciente quien a la hora y media después de haberse empezado la anestesia tenía 140 pulsaciones siendo el pulso completamente arrítmico. En vista de que las pulsaciones llegasen a 180 hubo necesidad de recurrir a cuatro centímetros de novocaína al 1 por ciento inyectados por vía endovenosa suspendiéndose por otro lado el ciclopropano. Media hora más tarde el puls estaba casi normal. La anestesia se terminó con éter.

En varios casos en los que se usó el gas anteriormente nombrado se observó el aumento de presión arterial durante y principalmente después de la anestesia pero en ninguno se presentó el conocido shock postanestésico del ciclopropano.

Cuando se usó el éter puro se le administró con el aparato anestésico utilizándose el filtro en círcuito cerrado procurándose siempre el mantener una oxigenación suficiente y constante. Este método permitió una vez terminada la operación el lavar el aparato respiratorio con oxígeno puro desalojándose más rápidamente el éter de los tejidos.

Cuando se usó pentothal se aplicó en soluciones al 2 y medio por ciento no utilizándose más de un gramo treinta centígramos.

Veintisiete pacientes recibieron raquianestesia, tres de los cuales fueron contínuas. El preanestésico para estos casos fué similar al que se aplicó para anestesia general.

La droga que más se usó fué la percaína haciéndosele hiperbara según el método recomendado por Adriani: en partes iguales mezcla con una solución de glucosa al 10 por ciento. La percaina así preparada dió, analgesia en la mayoría de los casos de más de dos horas aún en intervenciones del abdomen. Las dosis fluctuaron entre 8 y 10 milígramos.

En las raquianestesias continuas se utilizó la meticaina al cinco por ciento. La dosis máxima total fué de 500 milígramos y se tuvo una duración de tres horas y media.

En algunos de los pacientes que recibieron raquianestesia s presentó una hipotensión la que fué combatida con éxito mediante el uso del oxígeno administrado con el aparato anestésico y la efedrina en algunos casos inyectada por vía endovenosa en dosis no mayor de 15 miligramos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Cuando los reflejos de tracción provocaron nauseas, vómitos y cierta sensación de dolor los pacientes rtcibieron o ciclopropano o pentothal a fin de que dormidos pasasen estas crisis. Uno de estos casos dió lugar a un accidente anestésico: Mujer de 50 años bastante obesa es preparada para una colecistectomia. Como preanestésico recibe 0.10 de nembutal y morfo-atropina en dosis acostumbrada. Se hace una punción entre la segunda y tercera vértebras lumbares inyectándose 10 milígramos de percaina hiperbara además de 40 milígramos de efedrina en la musculatura lumbar, La presión arterial de catorce sobre ocho se mantuvo desde el comienzo de la operación. A los quince minutos la analgesia cutánea había alcanzado el segmento dorsal octavo. Cuando el cirujano comenzó a traccionar la vesícula el paciente se quejó de sensación de fuerte presión en el epigastrio con náusea y vómito. Como persistieran estas molestias se decidió inyectar pentothal al uno y medio por ciento a fin de adormecerla.

No bien se habían inyectado lentamente dos centímetros cuando la paciente cesó bruscamente de respirar sin ponerse cianótica. Como el ápnea se prolongase por más de dos minutos, el pulso se tornase frecuente y la tensión bajase a 5 sobre 3 se le inyectó 15 mgs. de efedrina a la vena y se recurrió a la respiración artificial boca a boca la que se prolongó por más de tres minutos. Pronto se hizo la respiración notable regularizándose el pulso alcanzando la presión cifras casi normales.

Habiéndose prolongado la intervención por más de dos horas la raquianestesia fué perdiendo su efecto paulatinamente quejándose la enferma de dolor haciéndose necesario el inyectar nuevamente pentothal. Una vez más los dos primeros c. c. fueron seguidos de apnea esta vez con cianosis. Repitiéndose las medidas tomadas en el primer accidente se normalizó la respiración de la enferma pudiendo terminarse sin consecuencias la operación. El postoperatorio de esta paciente fué completamente normal. Posiblemente este accidente anestésico se debió a la sensibilización del centro respiratorio provocada por la dosis más o menos elevada de percaina sumándose la acción depresora del pentothal teniéndose por resultado el apnea.

La respiración artificial manual en el caso narrado habría sido insuficiente y no cntándose en ese momento con la máquina anestésica que habría servido de resucitador hubo necesidad de recurrir a la insuflación de aire boca a boca por medio de una mascarilla perfectamente adaptable a la cara. El dióxido de carbono del anestesista sirvió de estímulo al centro respiratoria.

Discretas cefaleas en tres casos y persistente paresia vesical en uno fueron las únicas complicaciones dignas de mencionar. La paresia vesical duró 18 días no cediendo al tratamiento inicial de prostigmina que se suspendió al cuarto día para repetirse al 18 avo, por vía endovenosa con éxito.

Resumiendo el análisis de esta corta casuística tenemos:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

a) 43 anestesias generales con 2,4 por ciento de complicaciones pulmonares postoperatorias; el paciente que falleció después de ocho horas y media de anestesia no puede considerarse como un caso ciento por ciento de muerte postanestésica.

b) en 27 raquianestesias se tuvo cero por ciento de complicaciones pulmonares, 3,6 por ciento de complicaciones varias y cero por ciento de mortalidad.

Para dar término a esta breve reseña vamos a referir dos casos de: anestesia en enfermos con alteraciones graves del aparato cardiovascular.

Caso primero: Enferma de 63 años. Ingresa a este nosocomio con el diagnóstico de neoplasma gástrico preparándosele para una resección del estómago. Se constata además que la enferma tiene una presión arterial de 18 sobre 16 con pulso regular, 80 de frecuencia. Se encuentra además soplo aórtico sistólico auscultable en todos los focos refiriendo la enferma ligera dísnea al esfuerzo. El diagnóstico de lesión valvular en un corazón que comienza a descomponerse queda hecho.

Considerando algunos factores que en el comentario expondremos, nos decidimos por una anestesia general con ciclopropano comenzado a digitalizarse a la enferma tres días antes de la intervención.

Como pre-anestésico recibe nembutal 0.10 gr., morfina 0. Olgr y 1/2 mgr. de escopololamina una hora antes de comenzar la anestesia.

La presión arterial inicial al comenzarse la anestesia es de sobre 13, con 72 pulsaciones.— Inducción con ciclopropano rápida y suave. A poco de alcanzar la paciente el límite inferior del primer plano quirúrgico, se le coloca un tubo endotraqueal con lo que queda expedita para dar comienzo a la intervención.— Una vez abierta la cavidad abdominal, se le inyecta por vía endovenosa 40 unidades de intocostrina con buenos resultados.

Durante la primera hora de la operación, la presión y el pulso, se mantuvieron en los niveles iniciales siendo la respiración normal.— Se procuró mantener a la enferma con muy poco anestésico, agregándose al ciclopropano, éter gota a gota como medida profiláctica a cualquier acción nociva del gas sobre el miocardio.— Sangre gota a gota muy lentamente, se le inyectó, a fin de reponer la pérdida que de este elemento tuviera durante la intervención.

Cuando ya estaba llegando a su término la operación, después de haberse mantenido la enferma en magnífico estado durante dos horas de anestesia, la presión comenzó a descender de minuto a minuto, hasta casi desaparecer; el único pulso palpable era el carotídeo, siendo muy frecuente y arrítmico.— La posibilidad de exceso de anestésico quedó descartada por haberse suspendido la administración de este minuto antes

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de haber comenzado el colapso. Como primera medida se aligeró el gota a gota sanguíneo y pensándose en un desfallecimiento cardíaco se inyectó un cuarto de milígramo de Ouabaina con dextrosa al 33 por ciento pasándose por alto el hecho de estar la enferma digitalizándose. Oxígeno puro a presión se dió al mismo tiempo. No se inyectó ningún vasopresor, como la efedrina por temor a aumentar cualquier constricción coronaria que hubiese podido existir. La adrenalina nunca la utilizamos en casos semejantes por considerarla contraindicada; ha quedado demostrado que puede originar fibrilación ventricular.

Durante 10 minutos permaneció la paciente en el mismo estado hasta que poco a poco se hizo la presión perceptible, llegando a 10 sobe 8 cuando la operación se había terminado. Antes de ser trasladada a su cama ya la enferma dió muestras de estar casi despierta. Reflejos de deglución, movimientos del globo ocular, reflejos palpebrales se hicieron presentes. Una nueva transfusión y sueros endovenosos en cantidades mesuradas libraron a la enferma del colapso. La conciencia la recuperó recién al día siguiente. Ligera complicación pulmonar sin mayor consecuencia fué la única secuela de esta accidentada anestesia.

Caso segundo:

Enferma de 58 años ingresa a un nosocomio de la capital con el diagnóstico de Carcinoma uterino.

Estado general es regular, presión arterial de 19 sobre 12. Al examen físico se le encuentra soplo sistólico en el foco aórtico, ayudándonos el cardiólogo con el diagnóstico de estrechez de la aorta; corazón perfectamente compensado.

Como preanestésico recibió la enferma un centígramo de morfina, cuatro décimos de milígramo de escopolamina y 10 centígramos de nembutal una hora antes de comenzar la anestesia.

La inducción de la anestesia se hizo con ciclopropano siendo esta suave. Después de 10 minutos la paciente se encontraba en el segundo plano quirúrgico comenzándose la intervención o sea la histerectomía subtotal.

Durante más de una hora se mantuvo la enferma en magnífico estado general; 16 sobre 11 de presión con muy ligeros variantes, 90 pulsaciones bastante rítmicas y una respiración regular, amplia y aumentada ligeramente de frecuencia.

Hecha ya la histerectomia y comenzada la peritonización, un vaso, posiblemente un plexo venoso fué rasgado dando lugar a una hemorragia incontrolable. Durante un buen lapso trató el cirujano de detener esta hemorragia sin conseguirlo. 10 minutos después de haber comenzado ésta, la presión arterial descendió paulatinamente hasta desaparecer. Suero en-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

¿Fué ésta, una muerte evitable desde el punto de vista anestésico? ¿Fueron agentes y métodos los más apropiados para esta intervención? ¿Se omitió alguna medida terapéutica una vez que entró la enferma en colapso?

Conclusiones.—

Toda anestesia en enfermos con alteraciones del aparato cardio vascular debe ser decidida después de un estudio minucioso, previa consulta con un cardiólogo. Durante la anestesia se deben tener a la mano todos los medios posibles adecuados para combatir cualquier emergencia. El control de presión, pulso y respiración se debe hacer por lo menos cada 3 minutos; sólo así se podrán seguir constantemente las alteraciones que sufra el paciente. Si es necesario el anestesista indicará la suspensión momentánea de la intervención al cirujano o la pronta terminación de la misma cuando no es posible lo primero.

Dr. Santiago Valle.

UNA COMBINACION IDEAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA GRIPE Y AFECCIONES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS:

PNEUMO - GRIPXINA "LEONARD"

Fórmula:

Estricnina	0.0003
Esencia de Niaouli	0.3700
Eucaliptol	0.3700
Alcanfor	0.0900
Guayacol	0.0370
Vehículo Oleoso	3 cc.

Caja de 5 amp. x 3 cc. . . . . S/.. 4.30

ONNAGEN

Leonard

Antígenos no específicos. Estimulante poderoso de las defensas biológicas orgánicas. Indoloro. No produce reacciones.

Caja de 1 amp. x 2 cc. . . . . S/. 1.50

Muestras y Literatura a solicitud

ESTABLECIMIENTOS LEONARD S. A.

Avenida Uruguay Nº 514

Teléfono: 11843

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

GALERIA DE MAESTROS

DATOS BIOGRAFICOS DEL Dr. CONSTANTINO J. CARVALLO

El Dr. Constantino J. Carvallo es hijo del reputado médico y cirujano, Prof. Constantino T. Carvallo, uno de los primeros pionners y fundador de la Cirugía y de la Cátedra de Ginecología en el Perú. La Sra. Teresa Alzamora de Carvallo fué su madre. Nació en Lima, el 23 de junio de 1884, habiendo cursado sus primeros estudios en el Colegio de los Sagrados Corazones, siendo uno de los fundadores de ese plantel. Terminó sus estudios secundarios en el Colegio Nacional de Nuestra Señora de Guadalupe.

En el año 1903 ingresó en la Facultad de Ciencias Naturales para pasar a la Facultad de Medicina de San Fernando, en el año 1905. En el curso de su escolaridad fué Ayudante del Anfiteatro Anatómico bajo las órdenes del Dr. M. Montero. Fué también durante sus estudios y por varios años Ayudante del Laboratorio Químico y Bacteriológico del Hospital "2 de Mayo" bajo las órdenes del reputado Prof. Oswaldo Hercelles.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Interno de los Hospitales por concurso en el que obtuvo la Nota Uno. Desempeñó en el año 1909 el internado en el servicio de cirugía general del Prof. Guilermo Gastañeta, en el Hospital "2 de Mayo". En el año siguiente lo fué en el servicio de Cirugía y Ginecología a cargo del Dr. Edo. Bello, en el Hospital de Santa Ana.

En el año 1909 obtuvo la Contenta de Bachiller, presentando para obtener el grado, una tesis que mereció ser publicada por la Facultad. Este trabajo completamente original, trató sobre "La Médula Osea en la Enfermedad de Carrión". En 1911, habiendo terminado con brillo sus estudios médicos y obteniendo los mejores calificativos mereció el premio de la Contenta de Doctor en Medicina, presentando para obtener el grado académico una tesis titulada "La Parálisis Infantil o Enfermedad de Heine Medin.— Su tratamiento Quirúrgico". También fué premiada su brillante carrera estudiantil y por haber obtenido la Contenta de Doctor, con una beca concedida por el Supremo Gobierno para perfeccionar sus estudios médicos por dos años en Europa. Como pensionado del Gobierno durante los años 1911 a 1913 hizo estudios sobre cirugía general, cirugía infantil y ortopedia y sobre todo sobre ginecología en las clínicas de París, Londres, Viena, Berlín y Heilderberg. En las vacaciones recorrió diversos países y clínicas como las de Lyon, Berna, Zurich, Milán, Rima, Leysin. Colonia, Franfurt, Bruselas.

De regreso en Lima y durante los años de 1913 a 1915 actuó como Asistente del Prof. Bello en su Servicio del Hospital de Sta. Ana. Fué nombrado Jefe de Clínica Ginecológica en la Cátedra de la Facultad que regentaba su padre el Prof. Carvallo a cuyo lado trabajó hasta su muerte acaecida el año 1920.

El doctor C. J. Carvallo es miembro fundador de la Sociedad Peruana de Cirugía de la que fué Presidente. Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina. Miembro fundador y primer Presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Miembro activo de la Sociedad Alemana de Cirugía y Ortopedia. Miembro Honorario de la Sociedad de Cirujanos de Chile. Miembro de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Miembro Correspondiente de la Sociedad Cubana de Cancerología.

En la docencia médica ha sido Profesor Interino de Anatomía Descriptiva, 1er. curso. Profesor Libre de Ginocología en el año 1921. Catedrático Principal, interino del Curso de Nosografía Quirúrgica, 2º curso, cargo que desempeñó hasta el año 1933. Profesor Titular Principal de la Cátedra de Clínica Ginecológica y Ginecología hasta el momento presente.

Es Jefe del Servicio Quirúrgico, obtenido por Concurso, en el Hospital Loayza, Pab. Nº 5, donde funciona la Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Es miembro de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima. Ha merecido algunas distinciones de los países sudamericanos. El Gobierno de Chile lo condecoró con la Cruz del Mérito Azul y el de Venezuela con el de Oficial de la Orden del Libertador. El Gobierno del Perú le otorgó la de Gran Oficial de la Orden del Sol del Perú en reconocimiento de los servicios prestados a la Nación como Ministro de Salud Pública y Asistencia Social durante todo el período constitucional del Presidente Manuel Prado, 1939-1945.

Su actividad profesional ejercida durante 37 años ha sido dedicada a la asistencia profesional, en los Hospitales y en la clientela particular, así como, a la docencia de la juventud Médica.

(Viene de la Pág. 1).

Reacción Diagnóstica del Embarazo en la que se usa el Sapo Macho como Animal Reactivo ... 143
Resumen de los trabajos presentados por la Comisión Peruana al Congreso de Cardiología en la Ciudad de Chicago, en el presente año.
Penicilina en Sífilis Cardio-Vascular.—Por los Dres. Aurelio Peralta V. y Luis Castañeda P. ... 150
Algunas observaciones del electrocardiograma humano en relación con los cambios de altitud biogeográfica.—Dres. Rafael Alzamora y Carlos Monge M. ... 150
Electrocardiograma en la agonía, muerte clínica y muerte biológica.—Dres. Augusto Mispireta, Carlos Guibovich y Jorge Neira. ... 151
Valores normales de Presión Arterial y Frecuencia de Hipertensión Arterial en las grandes arterias.—Dres. Andrés Rotta, Artemio Miranda. 152
Nuevos avances en anestesias.—Por el Dr. Santiago Valle ... 153
Galería de Maestros ... 161
Crucigrama Estudiantil.—Por Hugo Florez M. ... 164

Compañía Frutera Sud-Americana

LIMA

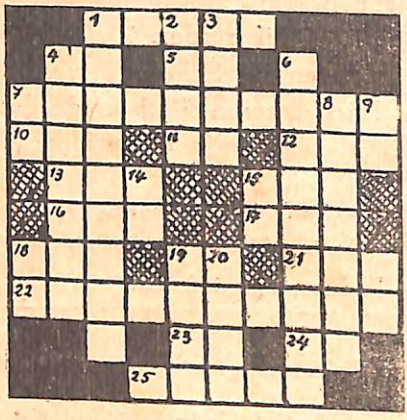
Zavala, 579
Teléf: 33976

CALLAO

Avda. Argentina
Edificio Piazza
Teléf: 90342

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Crucigrama Estudiantil No. 1



VERTICALES

1.—Conjunto de signos y síntomas que proceden de una misma causa.
2.—Sustancia resinosa traslúcida.
3.—Traducción tactil del ruido de soplo.
4.—Resistencia que oponen las paredes de los vasos a la presión de la sangre.
6.—Aumento de irrigación sanguínea.
7.—Consonante.
8.—Referente a nódulos.
9.—Terminación verbal.
14.—Un, (en inglés).
15.—San Fernando
18.—Interjección que significa ¡tate!.
19.—Principio inmediato de la orina.
20.—Confiar.

HORIZONTALES

1.—Acción y efecto de saltar.
4.—Forma de pronombre personal.
5.—Terminación verbal.
7.—Principio activo del Penicillium Notatum.
10.—Fin (en inglés).
11.—Contracción.
12.—Preposición.
13.—Término de Sr. (abrev.).
15.—Ansia de beber.
16.—Elemento componente del átomo.
17.—Frente de Reforma Universitaria
18.—Nombre de varón.
19.—Interjección que denota cansancio.
21.—Consonante.
22.—Dilatación segmentaria de las arterias.
23.—Interjección empleada para estimular o animar.
24.—Moverse de un lugar hacia otro.
25.—Enfermedad producida por el Sarcoptes Scabici.

SOLUCION EN EL PROXIMO NUMERO

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En el tratamiento de las infecciones Piógenas locales y en el de las Infecto - Catarrales del árbol respiratorio,

Vacuna Inespecífica

(A base de antígenos polimicrobianos)

CONFIERE INMUNIDAD HETEROGENICA contra agentes microbianos inespecíficos;

Y

En el tratamiento de las Colibacilosis y Síndromes Enterocolíticos, Hepato - Renales y Entero - Renales de Etiología Colibacilar,

ORA - COLI

(Vacuna anticolibacilar per-os)

CURA y PREVIENE estos procesos confiriendo inmunidad específica, (a la vez que local por acción tópica, también general por formación en la sangre y los humores de anti - cuerpos específicos).

LOS LABORATORIOS MALDONADO S. A.

Ponen a disposición del Honorable Cuerpo Médico Peruano, estos nuevos productos como contribución a los progresos de nuestra inmunoterapia nacional.

Muestras y Literatura en el Departamento Médico de los mismos

Avenida Colombia 295 Teléfonos: 37544-37545

LIMA - PERU

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

XI
2

La serenidad de la paciente . . .

. . . caracteriza el tratamiento por la AMNIOTINA, cuyo empleo en una terapéutica activa y de sostenimiento introduce un elemento de simplicidad en la endocrinoterapia. Los síntomas pueden dominarse rápidamente por inyecciones de AMNIOTINA, pudiéndose emplear la misma por vía oral para una terapia de mantenimiento. Por cada una de las citadas vías de administración, este complejo estrogénico natural "produce una respuesta clínica de la paciente muy satisfactoria."[1]

AMNIOTINA está normalizada en unidades Internacionales.

Amniotina

Marca registrada

1. Sevringhaus, R. L.: J. A. M. A. 116:1197, Marzo de 1941

E·R·SQUIBB & SONS

COMPAÑIA DE IMPRESIONES Y PUBLICIDAD Azángaro 1005

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera